

Travail du Service de Monsieur le Professeur agrégé LAROYENNE

Contribution à l'étude
des
suppurations aiguës du muscle psoas
et de sa gaine
(Syndrome Psoïte)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 15 Novembre 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Roger GABAS

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Diplômé d'Hygiène et de Microbiologie

Né le 9 Avril 1906 à VISAN (Vaucluse)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE des SUPPURATIONS AIGUES
du MUSCLE PSOAS et de sa GAINÉ
(Syndrome Psoïte)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1930-1931 N° 57

Travail du Service de Monsieur le Professeur agrégé LAROYENNE

Contribution à l'étude des suppurations aiguës du muscle psoas et de sa gaine (Syndrome Psoïte)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 15 Novembre 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Roger GABAS

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Diplômé d'Hygiène et de Microbiologie

Né le 9 Avril 1906 à VISAN (Vaucluse)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930



PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	GAYET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie	COURMONT (P)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. TIEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	CHALIER (Joseph)	MARTIN (Joseph)	CHAMBON
ROCHAIX	NOEL	ROCHET (Ph.)	CIBERT
RHENTER	DUMAS	WERTHEIMER	EPARVIER
MAZEL	DUFOUT	GATE	GUILLEMINET
SANTY	DEVIC	BERNHEIM	MORENAS
CHALIER (André)	GABRIELLE	DECHAUME	ROCHE
	MANCEAU	POLLOSSON	REBATTU ch.

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. TIXIER, président ; LAROYENNE, assesseur ;
CIBERT et GUILLEMINET, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Je lui dois tout. Puisse ce modeste travail lui apporter le témoignage de mon profond amour et de ma reconnaissance infinie.

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A MA FIANCÉE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

Professeur de Clinique chirurgicale

Membre correspondant de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'honneur

Il nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Qu'il reçoive ici l'hommage de notre profonde reconnaissance et de notre très grand attachement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LAROYENNE

Professeur agrégé

Chirurgien des Hôpitaux

Nous conservons un souvenir ému du semestre d'externat passé auprès de lui. Nous le remercions de l'enseignement reçu, de ses nombreux conseils et de son inestimable bonté à notre égard. Nous le prions d'agréer l'hommage de notre respectueuse gratitude.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE LYON

Externat :

MONSIEUR LE DOCTEUR ALAMARTINE ;

MONSIEUR LE DOCTEUR SANTY ;

MONSIEUR LE DOCTEUR GARIN ;

MONSIEUR LE DOCTEUR LAROYENNE ;

MONSIEUR LE DOCTEUR GARDERE ;

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIC.

A MES MAÎTRES
DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Avant-propos

Les inflammations suppurées du muscle psoas et de sa gaine ont fait, à plusieurs reprises l'objet des recherches des anatomistes et des chirurgiens. Depuis l'exposition de la « psoïte » par Guillaume de La Motte, en 1742, et les recherches de Chassaignac et Grisolles en 1839 de nombreux travaux, surtout lyonnais, ont été publiés sur cette affection. Gangolphe surtout, dans diverses publications, puis Condamin et son élève Jeandidier dans leur thèse, s'intéressent à son traitement chirurgical. Avec les progrès modernes du laboratoire et de la radiologie, le cadre des psoïtes symptomatiques s'est enrichi progressivement aux dépens des myosites primitives du muscle lui-même. Mais il n'existe pas, à notre connaissance, de travaux d'ensemble récents sur cette affection.

Aussi, ayant eu l'occasion au cours d'un semestre d'externat chez notre Maître, le Professeur Agrégé Laroynne, d'en observer plusieurs cas, nous avons eu l'idée de rechercher les observations de psoïtis traitées par lui au cours de ces dernières années. L'exposé de ces observations nous permettra, au cours de ce travail, de rassembler quelques-unes des données nouvelles sur cette affection. C'est là le but de ce modeste ouvrage.

Nous n'aurons en vue que les suppurations aiguës collectées dans la gaine du psoas et nous diviserons cette étude en trois chapitres. Dans le premier, qui nous servira d'introduction, nous exposerons l'étiologie des psoïtes. Dans un second, l'évolution clinique et, dans le dernier, les modifications successives apportées au traitement de cette affection.

Qu'il nous soit permis cependant, avant de commencer l'exposé de notre sujet, de venir remercier profondément M. le Professeur Tixier. Il nous a toujours réservé le meilleur accueil dans son service de l'Hôtel-Dieu. Malheureusement, les différents choix de l'externat ne nous ont jamais permis de suivre son enseignement. L'honneur qu'il nous fait d'accepter la présidence de notre thèse augmente encore notre dette de reconnaissance à son égard ; avec nos remerciements, nous lui adressons l'hommage de notre profonde gratitude.

M. le Professeur agrégé Laroyenne fut, pour son externe d'un semestre, le Maître aimé dont nous avons su apprécier toute la bonté. Ses conseils nous ont été très utiles dans la réalisation de ce modeste travail. Il est le Maître que nous n'oublierons jamais et pour qui nous garderons un profond attachement avec une vive et sincère admiration.

M. William Brunat, interne des Hôpitaux, nous a encouragé à choisir ce sujet de thèse et a bien voulu mettre à notre disposition son savoir, son expérience et son dévouement durant notre séjour auprès de lui. Qu'il daigne recevoir, ici, l'expression de notre vive reconnaissance.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE des SUPPURATIONS AIGUES
du MUSCLE PSOAS et de sa GAINÉ
(Syndrome Psoïte)

CHAPITRE PREMIER

Etiologie

Si l'on recherche, dans le Dictionnaire des Sciences Médicales, la définition de la psoïtis, on voit que Vincent désignait ainsi « l'inflammation, la myosite aiguë ou subaiguë du muscle psoas pouvant aboutir à la suppuration ».

Cependant, Boyer plaçait le siège primitif de la psoïte dans « le tissu cellulaire qui unit le péritoine à ce muscle et au muscle iliaque, et à son avis la myosite n'est que consécutive à cette cellulite ». Cependant, ajoutait-il, nous pensons que, pour éviter des circonlocutions, le mot psoïtis employé pour désigner l'inflammation du tissu cellulaire placé devant le muscle psoas doit être conservé.

Rapidement cette extension du terme psoïtis, à toutes les suppurations chaudes dans la gaine du psoas, ouvrit la voie vers d'autres conceptions.

On ne saurait admettre de pathologie spéciale pour le muscle *psaos*. Son rôle actif et la faiblesse de ses fibres, invoqués par les anciens auteurs, comme La Motte, sont absolument insuffisants pour expliquer la fréquence de ses suppurations. La myosite aiguë du *psaos* peut naturellement se voir au cours de la dolhientérie (et encore n'en a-t-on pas signalé un seul cas au cours de la récente épidémie de fièvre typhoïde à Lyon, en 1928), ou au cours de la polymyosite décrite par Schmitz ; mais cela ne rend pas compte de la fréquence relative des suppurations ilio-*psaïques*. Il est beaucoup plus normal d'envisager une raison de voisinage avec des organes viscéraux ou squelettiques et de faire une raison anatomique de ces affections.

Situés au contact même du rein et de l'appendice, au contact des ganglions iliaques internes, tendus presque verticalement de la base du thorax à la racine de la cuisse, le *psaos* et sa gaine sont un lieu de passage très fréquent pour des suppurations de voisinage. Ceci est une notion déjà ancienne, puisque Gangolphe et Lardenois avaient déjà signalé les appendicites accompagnées de *psaïte* aiguë. Guillaud, dans sa thèse, a décrit les *psaïtes* très fréquentes dans les ostéomyélites du bassin. Morestin et Besson ont décrit des formes bénignes d'inflammation du *psaos* n'aboutissant d'ailleurs pas à la suppuration, et consécutives à des infections pelviennes, puerpérales le plus souvent. Avec la radiographie, on est arrivé à déceler des ostéites vertébrales méconnues autrefois.

Nous mêmes, présentons dans cette étude l'observation d'une ostéomyélite de la cinquième vertèbre lom-

baire qu'un examen radiographique aurait pu nous montrer.

Enfin, soupçonnant une cause fréquente de psoïte propagée, Vincent écrivait : « Le voisinage du rein et de son atmosphère celluleuse à la partie supérieure du psoas et la minceur de sa gaine rendent compte de la possibilité d'une psoïte secondaire à une néphrite suppurée, à un phlegmon périrénal », conception que les travaux modernes sont venus amplement confirmer.

Il résulte de ces considérations que le terme de psoïte aiguë ne peut seulement désigner l'inflammation, la myosite aiguë du muscle psoas-iliaque pouvant aboutir à la suppuration ; mais il doit aussi s'étendre à toutes les suppurations chaudes collectées dans la gaine du psoas et s'accompagnant secondairement de dégénérescence des fibres musculaires. Dans ces conditions, il ne peut convenir à décrire une entité morbide. Grisolle et Chassaignac avaient déjà décrit des phlegmons du psoas, et des phlegmons iliaques sous-aponévrotiques. Ce terme a entièrement changé de signification. L'infection primitive des fibres musculaires qu'il représentait pour les anciens auteurs est une éventualité rare. La conception moderne fait des phlegmons sous-aponévrotiques du psoas iliaque une affection le plus souvent secondaire à des lésions de voisinage, et le mot psoïte n'est qu'un terme commode pour désigner un syndrome clinique : flexion de la cuisse avec abduction ou adduction, avec douleur vive et impossibilité de l'extension, présence des signes physiques d'inflammation dans la gaine. C'est un syndrome qui traduit, soit l'irritation du muscle au contact d'une lésion très voisine, soit l'existence

d'une véritable suppuration dans cette gaine musculaire. A ce point de vue, le syndrome que les anciens auteurs avaient élevé au niveau d'une entité morbide garde toute sa valeur clinique. Nous ne parlerons donc que des suppurations, phlegmons du psoas iliaque avec psoïte.

Ceci n'est d'ailleurs pas une simple querelle de langage. Il en découle une sanction pratique immédiate : au lieu de considérer la psoïte comme une affection en elle-même, dont la guérison clot l'histoire pathologique du malade, on doit rechercher actuellement soigneusement, pour la traiter, la lésion de voisinage qui est primitivement en cause. On ne peut être satisfait que lorsqu'on aura découvert une porte d'entrée au staphylocoque par exemple ; ou quand on aura éliminé la possibilité d'une appendicite rétro-cæcale, d'une lésion d'ostéomyélite vertébrale ou iliaque, d'une collection pelvienne telle qu'un phlegmon ischio-rectal, d'une lymphangite du membre inférieur, d'une lésion rénale. On se souviendra toujours que les myosites aiguës sont exceptionnelles et mal connues, et l'on ne se contentera de ce diagnostic qu'après avoir éliminé toutes ces lésions de voisinage par l'interrogatoire, les recherches bactériologiques, le toucher rectal, la radiographie et, dans certains cas où l'attention a été spécialement attirée vers le rein, par un examen urologique complet.

Nous avons, en parcourant les observations de notre Maître M. Laroyenne, retrouvé des exemples variés à l'appui de cette opinion et c'est l'étude de ces différents cas qui nous a paru faire tout l'intérêt de ce travail.

Nous avons ainsi réuni un ensemble de douze obser-

vations de phlegmons de la gaine du psoas. De ces 12 observations, 4 se rapportent à des blessés de guerre avec projectile encore inclus dans la masse musculaire. Les 8 autres décrivent des suppurations en apparence primitives. Dans 3 cas (observation n° I, Grab Emile), (observation n° 2, Dav), (observation n° III, Mach), nous avons trouvé une porte d'entrée tout à fait nette à l'infection : une lymphangite aiguë du membre inférieur (observation I), un abcès de la prostate (observation II), une ostéomyélite vertébrale (observation III). Il reste 5 cas douteux. Dans 2 de ceux-ci, on a presque établi l'origine périnéphrétique (observation IV et V). Nous verrons, dans un second chapitre, les raisons que nous avons d'accepter cette étiologie dans la grande majorité des cas.

CHAPITRE II

Evolution clinique

Au point de vue symptomatique, nous pouvons envisager un tableau clinique pour les collections suppurées du psoas et de sa gaine.

C'est le cas typique des suppurations à staphylocoque doré en apparence primitive.

Il s'agit le plus souvent de malades ayant présenté, dans les semaines qui précèdent, une infection qui traduit la présence du staphylocoque. Si l'on interroge soigneusement le malade, et il faut le faire en insistant, il dénoncera un épisode pour lui sans importance : petite poussée de furonculose, anthrax, ostéomyélite parfois.

C'est à la suite de cet incident, et comme conséquence directe, que l'on voit apparaître assez insidieusement des modifications de l'état général traduisant l'apparition d'une infection. Perte de forces, perte de l'appétit, petits frissons état saburral des voies digestives. D'autres fois, assez brutalement, s'installe une température élevée,

avec frissons, des vomissements et un teint plombé d'infecté.

A cette phase du début plus ou moins courte, pendant laquelle le diagnostic est impossible à faire, succède la phase de localisation proprement dite. Une douleur vive, profonde, s'installe dans l'une des fosses iliaques internes. Si c'est du côté droit, on pense de suite qu'il s'agit d'une appendicite, et l'on est parfois logiquement amené à intervenir et à pratiquer une appendicectomie.

Cette douleur très vive est augmentée par les mouvements de la cuisse correspondante, et le malade s'immobilise volontiers en position couchée sur le dos.

Le syndrome psoïtis est constitué rapidement et le malade se présente : avec la cuisse fléchie sur le bassin, en abduction et en rotation externe. C'est le signe mis en évidence par La Motte. L'extension très douloureuse est limitée d'emblée ; mais l'adduction est encore possible si on la pratique avec une grande douceur.

Cette attitude classique n'est d'ailleurs pas la seule. Dans les cas frustes, pour ainsi dire, il n'existe qu'un peu de flexion du membre avec chute du pied sur son bord externe. Il n'y a de limitation exclusive que des mouvements d'extension et la flexion est compensée par un peu d'ensellure lombaire ; mais cette ensellure est irréductible.

Dans d'autres formes il y a, avec de la flexion, de l'adduction et de la rotation interne. Cette variation d'attitude a été signalée pour la première fois par Nélaton, puis confirmée par Chassaignac et par Gangolphe. Nous-mêmes, dans les observations que nous publions à la fin de ce travail, nous avons constaté que cette attitude

était extrêmement fréquente, presque aussi fréquente que l'attitude classique. C'est un phénomène paradoxal dont nous n'avons pas trouvé d'explication satisfaisante. Certes, l'attitude classique rend seule compte du fait que la présence d'une suppuration au niveau du muscle amène par irritation son raccourcissement et le rapprochement de ses insertions comme le voulait Vincent. La prédominance de la suppuration sur telle ou telle partie du muscle, par exemple sur le segment iliaque, ne nous paraît pas susceptible de causer ces variations d'attitude. Il n'y a pas d'attitude spéciale à l'ilite plutôt qu'à la psoïte. Dans les cas que nous rapportons, il y avait une suppuration totale du psoas et de sa gaine, et cependant l'attitude en adduction et rotation interne ne s'était pas modifiée. Dans un cas signalé par Gangolphe, à l'attitude classique à peine ébauchée avait succédé une absence complète de flexion. Cette attitude serait, pour Duplay, due à une destruction complète du muscle. Il résulte, de ces diverses attitudes, qu'une seule peut être caractéristique de l'existence d'une irritation du psoas ou de sa gaine : *c'est l'apparition d'une flexion de la cuisse avec limitation très douloureuse de l'extension*. En même temps il existe une localisation douloureuse vive à la pression sur le petit trochanter, comme l'avait déjà signalé Gangolphe.

La température oscillante et l'état général indiquent en même temps la présence d'une suppuration profonde. On pense à une suppuration périrénale et si l'on examine alternativement les deux fosses lombaires, on constate très souvent, au niveau du côté douloureux, la

présence d'un véritable blindage profond à la partie inférieure de la région, au-dessus de la crête iliaque. Sensible à la main qui réalise doucement à plat une sorte de percussion directe du tronc, ce blindage est très évident à la palpation profonde qui réveille une crise douloureuse.

Mais l'examen ne doit pas en rester là ; on doit encore palper soigneusement les deux fosses iliaques. On met ainsi en évidence, du côté atteint, la présence d'une masse profonde, fusiforme, très douloureuse, tendue verticalement à partir de l'arcade de Fallope. Elle donne tout à fait la sensation d'un plastron abdominal ; mais, contrairement à un plastron appendiculaire par exemple, elle débute au niveau de l'arcade fémorale sans délimitation nette. On se rend compte immédiatement à ce signe qu'elle appartient bien à la gaine du muscle psoas.

Il est assez rare de constater la présence d'une tuméfaction au niveau du triangle de Scarpa. Nous ne l'avons trouvée que dans le cas du malade (observation n° I) qui présentait une lymphangite du membre inférieur. Il est évident que cela sera un bon signe de localisation basse, par exemple dans l'observation rapportée par Sohier, où il s'agit d'une psoïte consécutive à un hygroma suppuré de la bourse du psoas au niveau du petit trochanter.

Un tel tableau clinique impose le diagnostic de l'existence d'une suppuration le long du psoas. Nous n'avons aucune expérience personnelle relative à l'évolution de ces collections suppurées abandonnées à elles-mêmes. Dans toutes les observations de notre Maître, M. La-

royenne, on est intervenu à cette phase de suppuration constituée, et nous n'avons pas d'exemple de ces supurations ouvertes à l'arcade de Fallope, au-dessus ou au-dessous ou bien dans le triangle de Jean-Louis Petit. Polaillon et Morestin ont signalé des embolies avec mort, probablement par thrombose des veines iliaques ou fémorales. On a signalé aussi l'ouverture de cette collection dans le péritoine. Mais bien plus fréquents sont les cas où le malade non opéré a succombé dans le collapsus à une infection généralisée, avec adynamie, température hectique et albuminurie massive.

Maïs ayant posé le diagnostic de psoïte avec présence d'une collection purulente dans la gaine du psoas, il reste à établir avec certitude la cause de cette suppuration. La psoïte par propagation, comme nous l'avons vu, est de beaucoup la variété la plus commune. Il s'agit de faire un diagnostic étiologique. En l'absence du traumatisme direct (et il faut soigneusement interroger les hommes susceptibles d'avoir été blessés pendant la guerre dans cette région), beaucoup de psoïtes droites ont une cause appendiculaire. C'est pourquoi l'on doit retenir l'existence de crises antérieures, de troubles digestifs fréquents dans l'appendicite, du début de la douleur dans la crise d'appendicite aiguë par le creux épigastrique. Au moment de l'intervention, les caractères assez spéciaux du pus, la présence fréquente du colibacille, parfois dans les cas très graves la persistance d'une fistule pyostercorale (Gangolphe), permettront de rattacher la psoïte à sa vraie cause appendiculaire et de traiter secondairement cette cause.

S'il ne s'agit pas nettement d'une appendicite, on

pourra rechercher par le toucher rectal et le toucher vaginal s'il n'existe pas de suppuration pelvienne dont le prolongement iliaque aurait pu donner une psoïte, ou s'il n'existe pas d'ostéomyélite de l'os iliaque. La recherche de points douloureux sur les vertèbres lombaires fera éliminer les ostéites vertébrales.

Très souvent, aucune de ces affections n'est en cause. On a seulement la notion d'une infection par staphylocoque. C'est dans ce cas que l'on pense aux formes à évolution basse du phlegmon périnéphrétique. Vincent écrivait, dans le dictionnaire de Dechambre, en 1889, que le voisinage du rein et du tissu cellulo-adipeux qui l'entoure, à la partie supérieure du psoas, rend compte de la possibilité d'une psoïte secondaire à une néphrite suppurée, à un phlegmon périrénal. Cette hypothèse est confirmée par d'autres auteurs, et notamment par M. Rocher, dans l'Encyclopédie d'urologie. Il est banal de faire, au début d'une suppuration psoïque, le diagnostic d'un phlegmon périrénal. Nous nous sommes demandé, si dans ces cas où toute affection de voisinage est absente et où la collection est en apparence primitive, il ne s'agirait pas réellement d'un phlegmon périrénal à évolution basse.

A l'appui de notre hypothèse, nous trouvons la même étiologie. Le staphylocoque doré, le plus souvent en cause dans le phlegmon périrénal, est aussi fréquent dans les suppurations du psoas iliaque. La symptomatologie du début est sensiblement la même. L'absence d'albuminurie au début est constatée dans les deux affections. L'examen cytomicroscopique des urines est identique. Il existe la même proportion de psoïtes doubles ;

et de phlegmons périrénaux bilatéraux ; nous avons constaté dans un cas les mêmes signes de réaction pleurales de voisinage que dans les phlegmons périnéphrétiques. Enfin il nous semble plus rationnel d'admettre cette propagation d'une collection périrénale qu'une manifestation pathologique d'exception au niveau du psoas et de sa gaine.

Dans notre observation (Dav, n° II) nous avons, chez le même malade, un exemple typique d'un phlegmon périnéphrétique ordinaire du côté gauche et d'un phlegmon périnéphrétique forme basse avec psoïte du côté droit.

Mac Kenna, dans l'*American Journal of Surgery*, a présenté récemment un cas analogue de suppuration aiguë du psoas, ayant fait d'emblée penser à une lésion rénale primitive. Cette hypothèse fut vérifiée par la suite.

Nous nous proposons donc de rattacher la plus grande partie des collections suppurées du psoas en apparence primitive à un phlegmon périnéphrétique. Nous réservons donc à la myosite primitive du muscle un rôle très restreint.

Il existe des myosites du psoas dans la fièvre typhoïde et dans d'autres septicémies, à streptocoques par exemple, telles que dans les infections puerpérales. Mais ces myosites ne sont pas plus fréquentes que les myosites d'autres muscles, tel que le muscle grand droit. Il est à ce point de vue intéressant de noter qu'au cours de la récente épidémie de fièvre typhoïde qui sévit à Lyon, en 1928, il n'a été noté aucun cas de myosite du psoas, mais au contraire plusieurs cas d'hématome et de suppuration dans la gaine des muscles grands droits de

l'abdomen. Les myosites du psoas existeraient au cours de formes suraiguës ou de formes bénignes à évolution suraiguë, mais concurremment avec d'autres localisations musculaires.

Si nous devons résumer les causes des suppurations du psoas et de sa gaine, nous dirions d'abord qu'elles sont toutes secondaires : la myosite vraie à une infection générale, la psoïte à une infection de voisinage et, par ordre de fréquence décroissante, nous placerions les collections suppurées consécutives :

1° A l'appendicite, d'après les travaux de Vincent et Gangolphe, confirmés par Cavaillon, Vignard, Jonnesco ;

2° A une collection périnéphrétique ;

3° Aux ostéomyélites du voisinage : de la colonne et du bassin ;

4° Aux prolongements iliaques des suppurations pelviennes ;

5° Aux lymphangites du membre inférieur ;

6° Pour garder la dernière place aux myosites très rares consécutives à la fièvre typhoïde, à l'endocardite infectieuse et aux septicémies puerpérales. Nous n'en avons aucune observation à rapporter.

CHAPITRE III

Traitement chirurgical

Le traitement de ces collections suppurées profondes est essentiellement un traitement chirurgical. Il existe des cas très rares de perforation de ces abcès suivis de guérison. Gangolphe a décrit un cas de perforation au triangle de Scarpa, en dehors des vaisseaux fémoraux, et aussi un cas de perforation dans l'articulation coxo-fémorale. Ces cas, d'ailleurs, ont été suivis d'arthrite suppurée qui entraîna la mort du malade. Mais il est incontestable que l'évacuation et le drainage précoce de ces abcès, une fois constitués, s'imposent à l'esprit comme le traitement de toutes les collections suppurées. C'est ce qui est admis depuis fort longtemps et nous verrons que de nombreuses méthodes de drainage ont été proposées. Mais, actuellement, la possibilité de l'examen bactériologique immédiat, la possibilité de faire préparer des autovaccins, la découverte du bactériophage permettent d'envisager un traitement adjuvant et, pour ainsi dire, réparateur des lésions.

I. — Quand faut-il intervenir ?

Nous avons dit que l'affection était précédée d'une phase assez longue d'infection générale sans signes de localisation. C'est le cas de la plupart des observations que nous rapportons dans ce travail. Cependant, dès l'apparition du syndrome de psoïte, il est très rare que l'on ne voit pas apparaître une tuméfaction profonde, soit dans la fosse iliaque en avant, soit en arrière dans la région lombaire. Dans d'autres cas, nous l'avons vu, cette tuméfaction se produit superficiellement au niveau de l'arcade crurale, sollicitant pour ainsi dire le bistouri.

Dans la pratique, c'est d'ailleurs uniquement à ce moment-là que le malade est présenté au chirurgien. Jusque-là, le diagnostic hésitait entre une septicémie, une dothiéntérie, voire même une bacillose aiguë. Dans des cas heureux on a pensé, il est vrai, à une appendicite. De toute façon, c'est le syndrome psoïte qui attire l'attention sur un phlegmon du psoas.

Si nous mettons à part les cas de psoïtes bénignes décrits par Morestin, et qui ont guéri uniquement par l'immobilisation du membre en flexion, nous dirons que le syndrome psoïte fait toujours rechercher la présence d'une collection profonde soit lombaire, soit iliaque, et que dans les cas où elle existe, l'incision s'impose.

Dans plusieurs observations rapportées par Gangolphe dans la thèse de Couraud, dans deux de nos observations l'incision n'a pas ramené de pus à proprement parler, mais uniquement une sérosité louche. Et cependant les malades ont toujours guéri.

L'absence d'une induration profonde pourra parfois faire croire à une appendicite rétro-cæcale avec psoïte par irritation de voisinage. C'est ce qui s'est produit dans notre observation (n° VIII, B. Florentine). Mais, même dans ce cas, nous n'avons pas eu à regretter l'ablation de l'appendice ; nous avons simplement traité cette malade dès que la présence de la collection du psoas fut évidente.

II. — **Quelle est la méthode de drainage à employer ?**

—Les différents procédés opératoires dans le traitement du phlegmon de la gaine du psoas sont très bien exposés dans la thèse de Jeandidier, en 1890. Qu'il nous suffise de rappeler, en quelques mots, ces diverses techniques.

Ce serait à Velpeau que l'on devrait le procédé primitif d'incision des parties molles, tel qu'il est décrit dans l'article de E. Vincent, au Dictionnaire de Dechambre. C'était une simple ouverture du canal iliaque au niveau de l'arcade de Fallope, avec drainage consécutif. Cette incision antérieure unique fut employée par Gangolphe dans plusieurs cas. De même Le Dentu préconisa une variante de cette incision parallèlement à la crête iliaque.

D'autres auteurs, à l'instigation de Verneuil, préconisèrent la trépanation du bassin dans la fosse iliaque. Tous ces procédés étaient basés sur l'idée qu'un ma-

lade, étant en position assise dans son lit, le drainage des collections iléo-lombaires devait se faire au point le plus déclive, c'est-à-dire en pleine fossette iliaque du bassin. On décrit ainsi les procédés de trépanation iliaque de Verneuil, de Weiss, de Terillon. Condamin consacra sa thèse à une technique de trépanation sur la ligne bi-iliaque supérieure. Tous ces procédés ne sont que des variantes de technique pour aborder l'aile iliaque et la trépaner.

Mais c'est à Libouroux que revient le mérite d'avoir décrit un procédé de drainage vraiment efficace. Le premier, il préconise un drainage, uniquement des parties molles, mais traversant la collection suppurée de part en part. C'est le drainage transiléo-lombaire auquel notre Maître, M. Laroyenne, donne le plus souvent la préférence. Les procédés de drainage par trépanation iliaque sont des procédés plus compliqués et d'autres inconvénients encore les ont fait abandonner.

Dans les douze cas traités par notre Maître par la méthode de drainage nous n'avons relevé qu'un seul échec. Et, d'une façon générale, dans toutes les observations que nous avons recherchées dans la littérature médicale depuis plus de trente ans, nous avons pu constater que tous les auteurs employaient uniquement le drainage des parties molles.

A tous les inconvénients de la trépanation semble s'ajouter, d'abord, une difficulté plus grande de technique. Il n'y a qu'à relire dans les thèses de Condamin et Jeandidier les différents procédés décrits pour s'en rendre compte. De plus, il y a une gravité opératoire certainement beaucoup plus grande, qui tient à ce qu'une

trépanation iliaque, bien supportée chez l'enfant, est tout de même chez un adulte une opération beaucoup plus shockante qu'une incision même étendue des parties molles.

Nous ne nous arrêterons pas aux critiques formulées au moment de l'apparition de la méthode : possibilité d'infection de l'os lui-même par un pus contenant extrêmement souvent du staphylocoque et parfois difficulté de drainage d'un pus épais, s'écoulant mal. Il nous semble qu'une raison beaucoup plus simple, avec une difficulté opératoire plus grande, doit nous faire préférer l'incision des parties molles. La trépanation du bassin devait, dans l'idée de ses auteurs, assurer un bon drainage parce qu'au point le plus déclive. Or la condition essentielle d'un bon drainage n'est pas tant la déclivité maxima que l'étendue même des débridements, condition réalisée au maximum par le drainage iléo-lombaire.

III. — Technique opératoire

C'est dans la gaine ostéo-fibreuse décrite par Velpeau, sous le nom de canal iliaque, que se collectent les suppurations du psoas et de sa gaine. Tendue transversalement et profondément de la colonne vertébrale à la racine interne de la cuisse, ce canal comprend deux faces et deux extrémités.

La face postérieure, constituée en bas par la partie sus-cotyloïdienne de l'éminence iléo-pectinée, puis par

la partie ostéo-périostique de la fosse iliaque interne, n'a de rapport avec les plans superficiels qu'à sa partie toute supérieure. C'est la région constituée par les insertions du carré des lombes sur les apophyses transverses, insertions recouvertes par la face antérieure de l'aponévrose du transverse.

La paroi antérieure est constituée par le fascia iliaca. Cette gaine fibreuse, insérée en haut sur les parties latérales des corps vertébraux, descend au devant du muscle psoas d'arrière en avant et légèrement de dedans en dehors. Elle se continue latéralement avec l'aponévrose du muscle iliaque. Mais, en raison de son obliquité elle quitte la profondeur pour venir émerger en avant entre les deux épines iliaques antérieures. Elle adhère intimement à l'arcade de Fallope. Entre l'épine iliaque antéro-inférieure et la bandelette iléo-pectinée, elle se dédouble même et seul son feuillet postérieur, accompagnant le psoas iliaque, s'enfonce dans la profondeur et suit le muscle jusqu'au petit trochanter.

Le nerf crural, profondément situé dans la gouttière constituée par le psoas et l'iliaque, vient émerger en avant sous l'arcade de Fallope, à la partie la plus interne du muscle au contact même des vaisseaux fémoraux dont il n'est séparé que par le fascia iliaca. Il ne risquera donc pas d'être lésé, car toutes les manœuvres doivent se passer en dehors des vaisseaux et dans une direction diamétralement opposée.

Ceci étant brièvement rappelé, on procède de la façon suivante :

On pratique d'abord une incision à un travers de

doigt au-dessus et un peu en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure, parallèlement à l'arcade de Fallopé; juste au-dessus, et jusqu'à la partie moyenne de celle-ci. C'est au fond l'incision de ligature des vaisseaux iliaques externes ou de découverte de l'uretère.

La peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose du petit oblique sont sectionnés. Avec un écarteur de Farabeuf, on relève en haut les bords des muscles petit oblique et transverse, et avec une pince languette enfoncée hardiment au voisinage de l'épine iliaque, c'est-à-dire loin des vaisseaux, pince que l'on dirige en haut, en arrière et en dehors en direction de la région lombaire, on ouvre facilement la collection purulente.

Rapidement, on explore le trajet de la gaine du psoas. La pince chemine ainsi sans pression en haut et en dehors, et vient saillir dans la région lombaire un peu au-dessus de la crête iliaque. On pratique à ce niveau une contre-ouverture.

Ou bien, si l'on préfère, on pratiquera une nouvelle incision lombaire de trois travers de doigt, parallèlement et à un centimètre au-dessus de la crête iliaque et dont la moitié est à égale distance des épines iliaques supérieures. On décolle lentement le fascia iliaca ; on l'effondre et on rejoint l'incision antérieure.

De toute façon on placera, de part et d'autre, deux gros drains en canon de fusil et réunis extérieurement à leurs extrémités par un fort fil de soie.

Gangolphe avait préconisé une troisième incision au point le plus déclive au niveau du petit trochanter. C'est une incision postérieure profonde qui donne accès sur la partie inférieure de la gaine du psoas. Notre Maître

n'a eu à appliquer ce drainage que deux fois. Ce drainage à la partie postérieure ne nous paraît pas une condition essentielle de guérison. Cependant, dans une de nos observations, il fut particulièrement intéressant, puisqu'il permit de retrouver un projectile tombé au point le plus déclive de la gaine musculaire. De même, il est évident que dans une psoïte à point de départ au niveau de la bourse du psoas, comme dans le cas signalé par Sohier, de Marseille, ce drainage à la partie basse est tout à fait indiqué.

Nous venons de voir notre préférence pour le drainage iléo-lombaire du canal de Velpeau, avec ou sans incision au niveau du petit trochanter. C'est là l'essentiel du traitement chirurgical. Mais la technique moderne va nous fournir d'autres moyens thérapeutiques que nous pourrions qualifier d'adjuvants.

Tout d'abord, ne peut-on pas appliquer à ces phlegmons drainés de part en part la méthode d'irrigation continue ? Nous n'avons pas eu l'occasion de l'appliquer, mais nous pensons qu'elle est susceptible de donner de bons résultats, par exemple dans les collections secondaires à une ostéomyélite du bassin ou des vertèbres lombaires. On réalisera ainsi une irrigation à la façon de la méthode de Carrel par les drains, soit avec une solution faible de Dakin, soit d'eau oxygénée. On pourra pratiquer une numération microbienne comme dans les cas des plaies de guerre, et on aura une idée de la stérilité du foyer avant de tenter, après examen radiologique, l'ablation d'un séquestre ou l'évidement du foyer osseux.

Mais surtout le prélèvement aseptique du pus, qui a une grande importance, comme nous l'avons vu en ce qui concerne le diagnostic permettra l'établissement d'une thérapeutique bactériologique. On fera pratiquer un auto-vaccin, ou bien encore, dans les cas de suppurations à staphylocoques ou à colibacilles, on est en droit d'employer localement des préparations de bactériophage spécifique du microbe en cause. Dans un seul cas, le dernier, nous avons employé les pansements locaux au bactériophage, et nous avons constaté la diminution assez nette de l'écoulement et des signes locaux : rougeur et œdème de voisinage. Le malade a d'ailleurs succombé à la septicémie; il était dans un état très grave et présentait des lésions multiples au moment de notre essai. Nous ne pouvons donc juger de la valeur de cette méthode, mais il est certain qu'elle mérite d'être essayée. comme traitement adjuvant du drainage chirurgical.

CHAPITRE IV

Les résultats

Nous avons adjoint à ce travail 12 observations prises au cours de ces dernières années dans le service de M. Laroyenne. Nous n'avons trouvé aucune des formes bénignes décrites par Morestin, et dans tous les cas, notre Maître a été amené à intervenir en présence de malades très infectés dans un état général grave. Tous ces malades ont été opérés par la technique que nous avons décrite, et les conclusions que nous pouvons en tirer sont les suivantes :

Tout d'abord, nous avons eu 2 décès. Le premier est dû à une ulcération des vaisseaux, avec hémorragie secondaire mortelle, au contact d'un drain, alors que l'état général du malade s'était très amélioré.

L'autre, par contre, est dû à une infection massive, avec localisations multiples au cours d'une ostéite vertébrale.

Tous les autres cas ont été suivis de guérison. Si bien que, s'il nous était permis, pour juger de la valeur de notre traitement chirurgical, d'établir un pourcentage de guérison sur un nombre aussi restreint de cas, nous écarterions le premier décès dû à une complication secondaire évitable, et nous dirions que la guérison survient dans 92 % des cas environ.

Les suites opératoires ont toujours été très simples. La suppression progressive du drainage, en passant par le simple faisceau de fils de soie, ne nous a jamais donné de fistulation. Dans le cas le plus long, nous avons supprimé tout drainage, environ 20 jours après l'intervention.

D'autre part la guérison fonctionnelle a été excellente. Nous n'avons pas eu à employer l'extension continue. Dans aucun cas, nous n'avons eu à recourir à la rééducation fonctionnelle du malade, ou au traitement mécano-thérapique.

Il est même très remarquable de constater le peu de fréquence des troubles fonctionnels après des suppurations massives de la fibre musculaire. Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature de cas où une impotence fonctionnelle considérable ait été signalée. Il se fait une régénération rapide de la fibre musculaire, et le muscle ne doit pas être détruit, ce qui vient encore confirmer l'hypothèse de la rareté des myosites au profit des suppurations cellulaires de la gaine. La gaine, elle-même, ne donne aussi, qu'exceptionnellement des rétractions cicatricielles.

En résumé, nous croyons que le pronostic, dans les phlegmons de la gaine du psoas, est avant tout un pro-

nostie vital. Il s'agit de malades gravement infectés par une suppuration profonde sans tendance à s'extérioriser rapidement. Le traitement chirurgical, s'il est précoce, assure par de larges débridements, l'évacuation du pus, et évite au malade des accidents pyohémiques mortels. La recherche ultérieure d'une porte d'entrée satisfaisante à la suppuration et son traitement secondaire complètent souvent la guérison. La restauration fonctionnelle ne sera que rarement un problème pour le chirurgien.

Observations

Service de Monsieur le Docteur LAROYENNE

OBSERVATION I

Grab... Emile, 50 ans, cultivateur. (Saint-Louis, 1927-1928, page 240).

Petite plaie du pied droit par un crochet de sa chaussure, le 30 décembre. Volumineux œdème du pied, qui disparaît assez rapidement ; mais il entre dans le service le 16 janvier, pour une lymphangite étendue de toute la cuisse correspondante.

Intervention le 19 janvier : Incision d'un abcès au niveau de la partie moyenne de la cuisse. Contre-ouverture et drainage.

Le 27 janvier : La température persiste élevée et n'est pas expliquée par les quelques signes pulmonaires que présente le malade. D'autre part, il accusait depuis plusieurs jours quelques douleurs de la région lombaire droite et de la fosse iliaque correspondante.

Aujourd'hui, on perçoit dans la fosse iliaque une induration profonde. La cuisse est légèrement fléchie, mais il n'y a rien à la hanche. L'adduction et l'abduction sont parfaitement possibles.

Intervention le 28 janvier : Incision au-dessus de l'arcade crurale. On trouve immédiatement un abcès assez considérable de la portion iliaque du muscle psoas-iliaque. Contre-ouverture dans la région lombaire. Drainage de part en part.

Le 31 janvier : Apparition d'une pleurésie droite. La ponction ramène un liquide séro-hématique assez abondant. L'examen bactériologique direct et la culture ne révèlent la présence d'aucun microbe.

Guérison.

Le résultat fonctionnel est excellent.

OBSERVATION II

Dav... Henry, 27 ans. (Saint-Louis, 1923-1924, page 76)

Entre dans le service pour un abcès de la prostate. A signaler dans les antécédents une blennorragie, traitée trois semaines auparavant. L'écoulement a cessé depuis environ quatre ou cinq jours. Mais apparition de dysurie et de pyurie.

Au niveau de la nuque : gros furoncle encore en évolution.

A l'examen : Etat général assez atteint ; la température oscille aux environs de 39°. Le malade accuse des douleurs dans la région anale, avec sensation de gêne et de pesanteur périnéale.

Au toucher : Sur la paroi antérieure du rectum bombe une masse fluctuante très douloureuse, qui est bien un abcès prostatique.

Intervention le 26 juin : Ouverture par le rectum d'une collection purulente de la grosseur d'un gros œuf.

Ultérieurement (30 juin), l'état général ne s'est pas amélioré. La température, qui avait baissé après l'incision de l'abcès, se remet à osciller. Dans la région lombaire gauche apparaissent des phénomènes douloureux extrêmement vifs.

Intervention le 10 juillet : Incision d'une collection périnéphrétique, qui était venue bomber au niveau du triangle de Jean-Louis Petit. Le pus ne contient point de gonocoque, mais uniquement du staphylocoque doré.

Le 12 juillet : Apparition d'une douleur très vive dans la fosse iliaque droite, avec défense de la paroi. En même temps, la cuisse se met en flexion sur l'abdomen avec légère abduction. Pas de rotation. L'extension est impossible. A la palpation, on sent une masse profonde en rapport avec une collection de la gaine du psoas.

Intervention : Ouverture d'une collection du psoas. Drainage iléo-lombaire. Le pus contient uniquement du staphylocoque doré.

Guérison. Le résultat fonctionnel est excellent.

OBSERVATION III

Mach... (Saint-Louis, 1929-1930, page 227).

Le sujet est envoyé avec le diagnostic d'appendicite. Il est malade depuis quatre jours et le début s'est fait par des douleurs lombaires de plus en plus vives. L'état général est très atteint : température à 40°, vomisse-

ments, pouls rapide. La glace, placée sur l'abdomen, n'apporte aucune amélioration.

A l'examen : Douleur à la palpation de la fosse iliaque gauche. Rien à droite. Il existe également des douleurs lombaires et de l'empâtement à gauche, qui descend jusqu'au niveau de la région fessière. L'examen de la hanche est négatif, mais tout mouvement d'adduction de la cuisse est extrêmement douloureux. On constate aussi une diminution légère de l'extension.

Intervention le 28 janvier : Incision à travers les muscles fessiers conduisant sur la grande échancrure sciatique. Poche purulente et drainage.

L'état septicémique augmente. On fait du bactériophage local. On obtient seulement une diminution de l'œdème. Ultérieurement apparaît une arthrite purulente du poignet gauche.

Décès. A la vérification (faite par M. Jarricot, interne des hôpitaux), on constate les faits suivants :

- 1° Présence dans le psoas d'une masse purulente ;
- 2° Intégrité de l'os coxal ;

3° Sur la face antérieure de la cinquième lombaire : point de moindre résistance avec foyer d'ostéite. Un examen anatomo-pathologique a été pratiqué dont nous ne connaissons pas les résultats. Cette observation sera d'ailleurs publiée isolément.

OBSERVATION IV

Ellesp... Alexandre. (Saint-Louis, 1929-1930, page 50).

Entre dans le service avec le diagnostic de psoïtis. L'affection a débuté il y a un mois et demi environ, par

des douleurs dans la région lombaire gauche, des poussées de température et une modification profonde de l'état général. Le malade continua à marcher pendant environ quinze jours, puis s'alita.

▲ *l'examen* : Le malade présente une flexion permanente de la cuisse gauche avec léger degré de rotation externe. L'extension est très douloureuse. Il existe un œdème considérable de la région lombaire gauche. L'abdomen est douloureux à la pression dans la fosse iliaque correspondante. La température oscille entre 37°5 et 39°5 le soir. Très léger disque d'albumine dans les urines. L'état général est celui d'un grand infecté.

Le malade dit avoir eu quelques furoncles, il y a trois mois.

Intervention le 23 septembre : Incision lombaire. Dans la gaine du psoas on trouve une poche purulente qui se prolonge dans la fosse iliaque interne. Contre-incision antérieure, au-dessus de l'arcade de Fallope. Deux drains sont placés de part en part, en canon de fusil.

Les cultures montrent la présence de staphylocoques dorés.

Le malade sort guéri le 21 octobre. Le résultat fonctionnel est excellent.

OBSERVATION V

Red... Marie. (Ollier, 1924-1925, page 263).

Entre dans le service avec le diagnostic de phlegmon périnéphrétique. N'a présenté ni angine, ni furoncle, ni adénopathie.

Début il y a quatre semaines, par des douleurs dans la

partie gauche de la nuque, puis sous le sein gauche avec oppression. Depuis une semaine : douleurs profondes lombaires du côté droit. Etat général d'infection ; température à $38^{\circ}5-39^{\circ}$, avec frissons et sueurs.

A l'examen : Contracture des muscles lombaires et de l'abdomen. Pas d'empâtement de la région lombaire. Contracture du psoas qui entraîne la flexion de la jambe droite. Pas de rotation. On peut arriver à étendre la cuisse. Le pouls est rapide. Les urines sont légèrement diminuées et ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Intervention : Incision lombaire. Gros abcès dans la gaine de Velpeau. Drainage. Le pus est épais et sanglant.

Les cultures montrent la présence de staphylocoques dorés.

La malade sort un mois après, parfaitement guérie.

OBSERVATION VI

Collon... Maxime. (Saint-Louis, 1921-1922, page 59).

Le malade vient pour des douleurs dans la hanche gauche. Depuis quelques jours, il avait constaté à la cuisse et au bras gauche l'apparition de petits furoncles. Refroidissement à la suite d'un bain.

A l'examen : Température à 39° . La région inguinale est chaude et tuméfiée. La cuisse est en flexion, ainsi que la jambe. Pas de rotation en dehors, ni d'abduction.

Intervention : Incision au-dessus du muscle couturier, puis incision de la gaine du psoas. On trouve le

pus très profondément. La poche conduit au niveau du petit trochanter et, d'autre part, elle remonte au-dessus de l'arcade de Fallope. Contre-ouverture au niveau de l'arcade de Fallope et nouvelle contre-ouverture en arrière du trochanter.

Le malade amélioré, présente une hémorragie provenant de l'incision crurale inférieure. La plaie est bourée de caillots que l'on enlève. On trouve alors sur le bord externe de l'artère fémorale une ulcération par laquelle s'échappe un jet de sang dès que l'on cesse la compression.

Le malade ne succomba qu'au cours d'une deuxième hémorragie.

OBSERVATION VII

Pehe... Alexandre, 33 ans. (Saint-Louis, 1927-1928, page 50.)

Entre dans le service pour des douleurs lombaires propagées jusqu'à la racine interne de la cuisse.

Cette affection a débuté il y a un mois environ, a augmenté progressivement, forçant le malade à s'aliter les derniers jours.

A l'examen : Température à 38°5. Flexion de la cuisse sur le bassin. Les mouvements d'extension sont très douloureux. Les rotations externe et interne sont possibles quoique douloureuses. Il existe une contracture marquée et des phénomènes douloureux dans la région lombaire.

Intervention le 26 juillet : Incision de la paroi anté-

rière de la gaine du psoas au-dessus de l'arcade crurale. A l'ouverture du fascia iliaca, il s'échappe une sérosité louche, assez abondante, sans pus véritable. Mise en place d'un drain.

Il n'a pas été pratiqué d'examen bactériologique.

La guérison est complète.

OBSERVATION VIII

B... Florentine, 25 ans. (Oilier 1929-1930, page 40).

Fille publique, avoue la syphilis et entre dans le service pour un syndrome douloureux de la fosse iliaque droite. Aurait eu plusieurs crises abdominales calmées par la morphine et la glace, en rapport avec une infection gonococcique.

Il y a deux jours, violente douleur dans la fosse iliaque droite, avec température et vomissements.

A l'examen : Malade très pâle. Au niveau de la nuque, épais pansement. On apprend ainsi qu'elle a été opérée d'un volumineux anthrax dix jours auparavant. Au niveau de l'abdomen : contracture de la paroi, éveillée par la pression au point de Mac Burney. Température à 38°2. Le toucher vaginal révèle seulement la présence d'une petite annexe gauche. On fait le diagnostic d'appendicite.

Intervention le 12 juin : Incision de Mac Burney. On trouve un appendice rétro-cæcal très postérieur, tuméfié, mais uniformément blanchâtre, sans placards rouges. Il y a un peu de sérosité péritonéale.

La température persiste aux environs de 38° quand, au neuvième jour, apparaît une nouvelle poussée à 39°. Les douleurs reprennent dans la fosse iliaque droite et dans la région lombaire correspondante. Petit à petit la jambe droite se met en flexion.

Intervention le 26 juin : On se décide à pratiquer une incision unique antérieure. L'ouverture de la gaine du psoas donne issue à une sérosité rougeâtre. Le muscle lui-même paraît dur et tendu.

Cependant la température persiste à osciller entre 39° et 40°. La malade est prostrée. Il existe certainement une collection purulente plus profonde. Rien dans les urines.

Intervention le 3 juillet : On pratique un drainage iléo-lombaire. Au cours de la manœuvre de contre-ouverture lombaire : issue d'une assez grande quantité de pus bien lié. Mise en place de deux drains en canon de fusil, de part en part. Chute de la température au cinquième jour, après deux injections intra-veineuses de septicémine.

L'examen et la culture du pus montrent la présence de staphylocoques dorés.

La malade quitte le service, guérie, le 27 juillet.

Elle a présenté une bartholinite droite dont le pus contenait aussi du staphylocoque doré et qui guérit spontanément.

Revue en septembre 1929, elle a un état fonctionnel excellent.

OBSERVATION IX

Gaut... Jules. (Saint-Louis, mars 1925-décembre 1925, page 77).

Le malade entre avec le diagnostic de sacro-coxalgie. Rien de notable dans les antécédents. Pendant la guerre : blessure par éclat d'obus au niveau de la fosse iliaque gauche.

L'affection a débuté insidieusement : douleurs sourdes s'irradiant à la face postérieure de la cuisse. Elles s'accompagnèrent d'une claudication assez marquée. La marche, à l'heure actuelle, est devenue impossible.

A l'examen : Signes de sciatique à gauche ; points douloureux sur tout le pourtour de l'articulation sacro-iliaque. Membre inférieur en flexion légère et abduction. Température entre 38° et 38°5. Par la palpation : existence d'une collection dans la gaine du psoas. On constate, d'autre part, une tuméfaction à la partie postérieure de la cuisse.

La radiographie montre l'existence d'un éclat d'obus très net un peu au-dessous du col du fémur.

Ultérieurement, les deux tumeurs signalées précédemment (iliaque et crurale) communiquent et donnent une sensation nette de fluctuation.

Intervention : Incision de la fosse iliaque qui conduit sous l'aponévrose du psoas. Le pus sort lorsqu'on dissocie les fibres du muscle. Contre-ouverture au niveau du petit trochanter.

L'examen bactériologique révéla la présence de colibacilles. Les suites furent excellentes.

OBSERVATION X

Cam...-Sal... Pierre. (Saint-Louis; 1920-1921, page 185).

Abcès sous-périostique de la fosse iliaque gauche. Blessé en 1916, par un éclat d'obus qui a pénétré au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche et qu'on a extrait par une incision faite au niveau de l'articulation sacro-iliaque gauche. En 1918 abcès dans le triangle de Scarpa.

Au mois de novembre 1921, le sujet commence à souffrir et, depuis huit jours, la marche est devenue impossible.

A l'examen : La cuisse gauche est fléchie sur le bassin ; pas de rotation externe. Les tentatives d'extension sont douloureuses. La palpation révèle une tuméfaction occupant la fosse iliaque interne gauche. Dans les urines : léger disque d'albumine.

Intervention le 1^{er} décembre : Incision antérieure parallèle à l'arcade crurale. Ouverture de la gaine du psoas. Contre-ouverture postérieure le long de la colonne lombaire.

Le malade sort le 24 janvier, complètement guéri.

OBSERVATION XI

Rab... Wejec..., 30 ans. (Saint-Louis, 1925-1926, page 206.)

Entre dans le service parce qu'il est alité depuis un mois pour des douleurs iléo-lombaires. Brusquement,

à la suite d'un violent effort, il ressentit une douleur atroce au niveau de la hanche gauche et dut s'aliter immédiatement. Cette douleur, accompagnée de poussées de température, l'amène à l'hôpital.

A l'entrée : La cuisse gauche est fléchie fortement sur le bassin ; adduction légère, ébauche de rotation interne. Les mouvements actifs de la hanche sont impossibles ; les mouvements passifs limités et très douloureux. La marche est impossible.

A l'examen : Par la palpation, on provoque une douleur très vive au niveau du petit trochanter gauche. La fosse iliaque interne correspondante semble comblée par une masse profonde adhérente aux plans sous-jacents, ne donnant pas la sensation de fluctuation. Par le toucher rectal, toute la région précédente est très douloureuse. Le malade, qui est Polonais, a fait la guerre dans l'armée allemande et présente une cicatrice de blessure dans la région lombaire gauche.

La radiographie montre la présence d'une balle dans la fosse iliaque interne probablement dans la gaine du psoas.

Intervention le 30 juin : On pratique une incision analogue à celle de la ligature de l'iliaque externe. A l'ouverture de la gaine du psoas, issue d'une petite quantité de pus. A l'exploration au doigt, on sent la balle, la pointe dirigée en bas ; mais elle glisse et tombe à la partie inférieure du canal iliaque. Une deuxième incision, au niveau du triangle de Scarpa, montre qu'elle a filé en arrière, vers le petit trochanter. Une troisième incision postérieure au niveau de la fesse ne permet pas

de l'atteindre. On se contente de drainer largement les trois incisions.

De nouvelles radiographies montrent la balle arrêtée en arrière du col fémoral.

Intervention le 19 juillet : Incision à la face postéro-externe de la cuisse, au niveau de l'articulation coxo-fémorale qu'on aborde par la face postérieure. Après de patients efforts, la cuisse étant en forte abduction, on trouve le projectile sous le grand fessier, en arrière et en dedans du col fémoral.

Guérison. Le malade a conservé l'intégrité de ses mouvements.

OBSERVATION XII

Fau... Marius, 29 ans, soldat au 5^e colonial. (Saint-Louis, 1919-1920, page 112).

Blessé en 1915 au maxillaire inférieur et au sacrum par balles ; a subi, en 1915, deux curettages du sacrum ; puis, en mai 1916, une intervention au cours de laquelle on a extrait un projectile à la face antérieure du sacrum. A la suite de cette intervention il persista deux fistules, l'une à droite, l'autre à gauche du sacrum.

Jusqu'au 30 septembre 1918, il présenta plusieurs abcès au niveau de ces trajets fistuleux, dont l'un éten-du de la fosse ischio-rectale gauche. Cependant, une nouvelle intervention, en octobre 1918, est suivie d'une cicatrisation complète des deux trajets.

Le 6 juin 1919, apparition de vives douleurs dans la

fosse iliaque interne droite. Température à 40° ; état infectieux grave.

A l'entrée : douleurs vives localisées au pli de l'aîne à droite. La cuisse est en flexion, en adduction légère, mais il n'y a pas de rotation externe. L'articulation de la hanche est libre ; les mouvements passifs sont possibles, mais très douloureux, l'extension surtout. Dans la fosse iliaque interne droite, on sent une tuméfaction profonde assez étendue.

Le 20 juin : Température très oscillante. La tuméfaction iliaque a augmenté ; un empâtement diffus est apparu au-dessus de l'arcade crurale. Intervention : incision au-dessus de l'arcade crurale livrant passage à un flot de pus. Contre-incision lombaire. Drainage de part en part par deux gros drains accolés.

Guérison. Bon résultat fonctionnel.

Conclusions

I. — Les suppurations chaudes renfermées dans la gaine du psoas iliaque, et qu'on désigne sous le nom de psoïtes, ne représentent pas une entité clinique, mais un ensemble de symptômes dont les causes peuvent être très diverses.

II. — Le plus souvent il s'agit de la propagation d'un foyer infectieux voisin. Les myosites par infection générale sont très rares. Le plus souvent, on peut retrouver une infection de voisinage. Les périnéphrites suppurées, notamment dans leur forme à évolution basse, sont peut-être en cause plus souvent qu'il n'est admis jusqu'à présent.

III. — Dans ces psoïtes symptomatiques, l'attitude classique de la cuisse en rotation externe est tout à fait variable. La rotation interne ou l'absence de toute rotation sont des attitudes tout aussi fréquentes. Il est difficile d'établir si c'est le siège primitif du foyer de suppuration qui est la cause de ces variations.

IV. — Le traitement chirurgical de ces suppurations peut être réalisé uniquement par l'incision et le drainage du canal iliaque de Velpeau : ouverture au point

déclive au dessus de l'arcade fémorale avec contre-incision lombaire.

Les techniques plus compliquées de trépanation du bassin sont actuellement abandonnées.

Dans les formes à début inférieur, une troisième incision au niveau du petit trochanter nous paraît indiquée.

V. — Ces suppurations étant le plus souvent secondaires, l'on devra rechercher la présence d'un foyer primitif qu'il sera nécessaire de traiter secondairement.

VI. — L'examen bactériologique du pus a son intérêt, car il permettra, dans certains cas, la confection et l'essai d'un auto-vaccin, ou le traitement par le bactériophage spécifique du microbe considéré.

VII. — Dans les douze observations que nous publions, nous avons eu un seul décès par septicémie, un décès par ulcération secondaire des vaisseaux.

Les dix autres cas traités n'ont présenté aucune rétraction cicatricielle et le résultat fonctionnel a toujours été excellent.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
TIXIER.

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 31 Octobre 1930

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
POUR LE RECTEUR :
Le Doyen délégué,
GRIGNARD.

Bibliographie

- BESSON. — Du psoïtis secondaire à évolution tardive d'origine infectieuse puerpérale (*Société Médicale*, Lille, 1903, tome I, page 193).
- BOISSON et SIMONIN. — Myosites infectieuses (*Archives de Médecine et de Pharmacie militaires*, 1895, XXV, page 122).
- BRUNSWIC et LE BIHAN. — Psoïtes d'origine appendiculaire (*Mémoires et Bulletin de la Société de Chirurgie*, 18 janvier 1905).
- CARRIVE et PAITRE. — *Société de Chirurgie*, Lyon, 9 mars 1924.
- CACCIOPOLI. — *Il progresso medico*, mai 1892.
- CONDAMIN. — Trépanation du bassin comme traitement de la psoïte (*Thèse Lyon*, 1889).
- Recherches anatomiques sur la trépanation du bassin chez un enfant (*Province Médicale*, 1892).
- *Archives Provinc. de Chirurgie*, 1893, n° 9.
- CORNIL et RANVIER. — Des myosites infectieuses (*Manuel d'Histologie pathologique*).
- COSTE. — Psoïtis simulant une appendicite (*Archives de Médecine et de Pharmacie militaire*, Paris, 1905).
- COURAUD. — *Thèse Lyon*, 1894.
- DELBET. — Iliopsoïte appendiculaire (*Progrès Médical*, 15 décembre 1902).
- DONIUS. — Psoïtis actinomycosique (*Thèse de Lyon*, 1904-1905).
- 1911, n° XCI, 308.
- EWANS W. — Psoas abcès (*Méd. Press and Circ.*, London, 1911 : ns XCI 308).
- FORGUES. — *Traité thérapeutique chirurgicale Forgues et Rectus*

- FOUCART. — *Thèse de Paris*, 1907.
- GANGOLPHE. — *Revue de Chirurgie*, 1882.
- De l'attitude du membre inférieur dans une psoïte suppurée.
- De sa signification pronostique (*Lyon Médical*, 1890, p. 393).
- Psoïte et appendicite (*Lyon Médical*, 1894, p. 582).
- Psoïte par traumatisme direct (*Lyon Médical*, 1897, p. 125).
- GLEIZE. — *Archives de Chirurgie et de Pharmacie militaire*, octobre 1894).
- GUERMONPEZ. — Contributions à l'étude de la myosite (*Journal des Sociétés Médicales de Lille*, novembre 1879, p. 819).
- JEANDIDIER. — Traitement du psoïtis aigu (*Thèse de Lyon*, 1890).
- KENIG. — *Traité de Chirurgie spéciale*.
- LARDENOIS. — Du psoïtis. Pronostic et traitement (*Union Médicale du Nord-Est*, Reims, 1901, t. XXIV, p. 1 et 6).
- LAYTON. — T. B. An usual case of psoas abcess guy's Hospital (*Gaz. London*, 1912, p. 44-47).
- LECÈNE. — 9 agrégés. *Pathologie chirurgicale* 1928, t. I, page 444.
- LE DENTU. — *Indépendance Médicale*, 1896.
- Les myosites suppurées (*Clinique Chirurgicale*, Hôpital Necker, Paris, 1904, p. 231).
- LIBOUROUX. — *Archives Provinciales de Chirurgie*, 1892, n° 3).
- LORENZ. — *Les Maladies des muscles*.
- MAC KENNA. — Myosite suppurée du psoas iliaque ayant fait croire à une lésion rénale (*Americ. il of Surgery New-York*, janvier 1930).
- MARTINOTTI. — Uber polymyositis acuta verursacht durch einen staphylococcus (*Centralblatt für Bakteriologie*, 23, 877, 1898).
- MAUCLAIRE. — Chirurgie générale des muscles et des tendons (*Bibliothèque de Chirurgie contemporaine*, 1901, p. 40).
- MAYET et LEDOUX. — Psoïtis post-scarlatineuse (*Journal des Praticiens*, 29 mai 1924).

- MOORE. — Infect. of retroperitoneal lymphatics. (*Surg. Gynec., obst.* XV, I, 1912).
- MORESTIN. — Les formes bénignes de la psoïte (*XIII^e Congrès Intern. de Médecine*, 1900).
- OLLIER. — Observations de suppuration musculaire. (*Gazette des Hôpitaux*, 1873, n° 52, p. 411).
- PASQUIER. — Contributions à l'étude clinique de l'ostéite de l'os iliaque (*Thèse de Paris*, 1900).
- POLAK. — A case of post puerperal psoïtis (*Brok. Med.*, II, 1903).
- PONCEL. — Fermeture sans drainage après opération pour psoïtis. Guérison (*Société de Chirurgie de Marseille*, 6 mars 1929).
- ROCHER. — Les périnéphrites suppurées (*Encyclopédie d'urologie*).
- SCHMITZ. — Bakteriologische Untersuchung eines Falles von Polymyositis acuta (*Orig.*, 65-259, 1912).
- SOHIER et HUART. — Hygroma suppurée de la gaine du psoas. Psoïtis lombo-iliaque de l'autre côté (*Société de Chirurgie de Marseille*, 3 décembre 1928).
- SPELISSY. — *Ann. of Surg. Philadelphia*, 1902, t. XXXV, p. 758).
- SPILMANN et OSTICONI. — Abscess du psoas consécutif à une ostéite coxo-pubo-éberthienne (*Société de Biologie*, 14 février 1914).
- TERRILLON. — *Société de Chirurgie*, novembre 1888.
- VERDELET et CHAVANNOZ. — *Journal Médical*, Bordeaux, 25 août 1922.
- VERDELET et FOSTON. — *Journal Médical*, Bordeaux, 25 août 1923.
- VERDUN. — *Revue Gazette des Hôpitaux*, 1909.
- VINCENT (E). — Article Psoïtis (*In Dictionnaire Dechambre*, 1889).
- VIERHUFF. — Zur Etiologie der Psoas abcess. (*St. Péret. Med. Wochensf.* 1905, t. XXX).
- WALTHER. — *In Duplay Reclus*, 1902.
- WATSON. — Femoral Psoas abcess. (*Clinical II. London*, 1912-1913, XLI, 82).

WEISS. — *Thèse de Paris*, 1880.

WILSON. — Apparently unavoidable errors in the diagnosis of psoas abcess (*Americ. Med. Philadelphia*, 1905, t. X).

WOOD. — Post puerperal psoitis (*Ann. Surg. Philadelphia*, 1889, t. XXIX).

YOUNG. — Early operations for psoas abcess (*Univ. of Pennsylvania Med. Bull.*, vol. XXII, 10, 1920).

— Focal infection and elective localisation in the etiology of myositis (*Arch. of. Inter. Med.*, 3d 28-1921).

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	9
<i>Chapitre premier.</i> — Etiologie	11
<i>Chapitre II.</i> — Evolution clinique	17
<i>Chapitre III.</i> — Traitement chirurgical	25
<i>Chapitre IV.</i> — Les Résultats	35
OBSERVATIONS	39
CONCLUSIONS	53
BIBLIOGRAPHIE	55



IMP. BOSC FRÈRES & RIOU

42, QUAI GAILLETON

LYON



